N° 101.

17.

OBSERVATIONS

SUR L'ÉPIDÉMIE

DU CHOLÉRA-MORBUS INDIEN

QUI A RÉGNÉ A ALGER AU MOIS D'AOUT 1835.

TRIBUT ACADÉMIQUE

PRÉSENTÉ ET PUBLIQUEMENT SOUTENU A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 6 AOÛT 1836,

PAR J.-B.-P. GUVILLON,

de DUNKERQUE (Nord),

L'UN DES CHIRURGIENS ENVOYÉS A ALGER par M. le Ministre de la Guerre,

Bachelier ès-lettres et ès-sciences des Facultés de Paris, ancien Elève des hôpitaux et hospices civils de la même ville, Chirurgien aide-major au 61e régiment d'infanterie de ligne, Membre titulaire du Cercle médical de Montpellier;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

J. MARTEL AÎNÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue de la Préfecture, 10.

1836.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Respect, amour, reconnaissance.

A MON FRÈRE.

Amitié éternelle.

J.-B. CUVILLON.

A MONSIEUR

MOMPEZ,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

Colonel du 61e Régiment d'Infanterie de ligne.

Mon Colonel,

Puissiez-vous voir dans ce faible travail le désir que j'ai, en m'instruisant, de me rendre de plus en plus utile dans votre régiment!

A Monsieur EVAIN,

CHEVALIER DE PLUSIEURS ORDRES,

Sous-Intendant militaire en Afrique.

Les bontés dont vous m'avez comblé pendant mon séjour en Afrique, seront toujours gravées dans mon cœur reconnaissant.

J.-B. CUVILLON.

OBSERVATIONS

SUR L'ÉPIDÉMIE

DU CHOLÉRA-MORBUS INDIEN

QUI A RÉGNÉ A ALGER AU MOIS D'AOUT 1835.

Du Choléra-morbus indien.

L'étymologie du choléra-morbus vient de deux mots, l'un latin, qui signifie *maladie*, et l'autre grec, qui équivaut à *bile*, c'est-à-dire maladie de la bile, maladie bilieuse : dénomination qui lui a sans doute été donnée en raison du symptôme le plus apparent, l'évacuation de bile qu'on observe dans cette maladie.

Le choléra-morbus est une maladie dont la connaissance remonte aux temps les plus reculés de l'observation médicale. Signalé déjà bien évidemment dans les cinquième et septième livres des Epidémies d'Hippocrate, il a été admirablement décrit par Arétée de Cappadoce. La symptomatologie nette, concise, exacte, complète, que nous en a laissée cet auteur, qui écrivait au commencement du cinquième siècle, comparée aux descriptions les plus récentes, laisse à

peine quelque chose à désirer, et, sur ce point, les auteurs qui ont écrit long-temps après Arétée n'ont guère fait que le copier.

Cette maladie, *sui generis*, dont les caractères sont tranchés, s'est présentée fréquemment aux observateurs de tous les pays. On l'a vue paraître accidentellement sur un seul individu ou sur quelques personnes isolément, bornée à ces étroites limites. Dans cet état, elle est appelée *sporadique*.

Le choléra règne assez fréquemment sous l'influence d'une constitution déterminée de l'atmosphère, et par forme de petite épidémie. Ce mode a été nommé *catastatique*, pour exprimer qu'il dépend surtout de la constitution régulière, mais exagérée des saisons.

Ainsi l'avait mentionné Hippocrate, au livre VII des Epidémies; ainsi l'ont vu, à Batavia, Bontius en 1669; à Londres, Sydenham en 1669 et en 1676, Huxham en 1741; ainsi a-t-il été noté à Paris, durant l'été de 1730 et 1780; ainsi l'ont observé, au Bengale, Le Bègue de Presle en 1762; à Trinquemalay et à Madras, Paisley, en 1774; à la côte de Coromandel, Sonnerat, Noël et Rochard, de 1774 à 1781; à Trinquemalay en 1782, et à Arcot et Vellore en 1787, le docteur Thompson l'a étudié.

Sous l'influence de certains climats, par l'effet de boissons et d'aliments définis, et en raison de qualités déterminées, le choléra existe à l'état *endémique*. Bontius, en 1669, l'avait déjà signalé sous cette forme dans l'Inde. Dellon et Lind l'ont observé de la même manière dans ces mêmes contrées; et depuis, les savants mémoires de la Société physico-médicale de Calcutta ont fait connaître de pareils résultats d'observations cliniques.

Enfin, le choléra existe à l'état *symptomatique*, lié à des cas divers de maladies aiguës, graves, comme l'ont observé MM. Bally, Jackson et Torti.

Ainsi, de tout temps, le choléra a été observé à l'état sporadique, à l'état catastatique, à l'état endémique, à l'état symptomatique, et dans ces conditions il ne s'est jamais propagé au-delà des circonstances qui l'avaient vu naître; ce n'est donc point une propriété

absolue, naturelle, nécessaire, inévitable du choléra, de s'étendre d'un individu à un autre ; le choléra n'est donc point, par sa nature, essentiellement, primitivement transmissible. Hoffmann et Franck surtout professaient cette opinion.

Mais le choléra régnant en grandes épidémies, en épidémies étendues, meurtrières, sous l'action de causes occultes, qu'on ne saurait ni saisir, ni prévoir, indépendamment des circonstances que l'on ne peut pas rigoureusement apprécier, des conditions spéciales et des individualités physiques qui lui donnent naissance, bien au-delà des vicissitudes atmosphériques et des modifications des saisons qui le font naître, en dehors des particularités locales et des influences hygiéniques qui le produisent, loin des maladies aiguës et de ces états fébriles auxquels il se lie ; le choléra ainsi produit ne s'est jamais présenté aux études médicales, que depuis environ dix-neuf ans qu'il exerce ses ravages dans l'Inde supérieure, et depuis sept ans qu'il a pris pied en Europe : c'est dans cet état que nous l'étudierons.

Causes. La cause générale qui produit le choléra-morbus épidémique, nous est inconnue. Il est probable que c'est un miasme, et l'opinion qui ferait résider ce miasme dans l'air humide, serait, à notre avis, peut-être celle qui se rapprocherait le plus de la vérité.

Nous étaierons cette opinion des observations que nous avons faites à Alger.

1° Pendant tout le temps que l'épidémie a sévi sur Alger, tout l'horizon du côté de la mer était borné, à une distance très-peu éloignée de la ville, par un cercle de nuages très-blancs et très-épais, qui couvraient aussi une partie des montagnes qui bordent la mer. L'extinction du fléau et la disparition de la zone atmosphérique dont nous venons de parler, eurent lieu en même temps.

2° Le choléra éclata à Alger avec une intensité remarquable, le 9 août 1835, dans le Fort-Neuf, et atteignit les condamnés qui étaient renfermés déjà depuis quelque temps dans des cachots noirs et humides, qui n'avaient de jour que par une lucarne *qui donnait sur la mer.*

Ces cas de choléra furent les plus violents ; les malades poussaient des cris lamentables d'une nature particulière ; presque tous succombèrent, la plupart dans les vingt-quatre heures.

Bien que le choléra ait frappé, le 3 août, un homme qui était arrivé de Toulon, et qui est tombé malade au lazaret d'Alger où il est mort, il faut remarquer que le lazaret est situé dans le port même ; bien qu'un autre malade, atteint de diarrhée chronique pour laquelle il était depuis long-temps à l'hôpital du Jardin du Dey, ait été attaqué le 7, il est impossible d'admettre aucune espèce de communication entre lui et le malade qui est mort au lazaret, comme avec les condamnés qui étaient séparément et depuis long-temps dans leurs cachots.

3° Un fait aussi intéressant qu'extraordinaire a frappé tous ceux qui observaient la marche de l'épidémie.

Pour bien faire comprendre l'observation, nous sommes obligé d'entrer dans quelques détails.

A l'hôpital militaire du Jardin du Dey, qui est situé sur le bord de la mer, le plus grand nombre des malades sont couchés dans des baraques qui contiennent chacune cent à cent dix lits ; elles se trouvent disposées parallèlement les unes aux autres ; les lits sont rangés sur deux lignes, une à droite, l'autre à gauche. La tête des malades qui sont couchés à droite, regarde la mer ; leurs pieds, la montagne ; le contraire a lieu pour les malades de gauche, c'est-à-dire que leurs pieds sont tournés du côté de la mer, leur tête du côté de la montagne.

Eh bien ! l'on a remarqué que les malades qui étaient couchés à droite, c'est-à-dire dont la tête était tournée du côté de la mer, et qui étaient à l'hôpital pour diverses maladies, ont été frappés dans une proportion double de ceux du côté gauche : c'est ce que mettra en évidence le tableau suivant, dont nous garantissons l'exactitude.

1re Baraque,	côté droit.	24	malades atteints du choléra.
—	— gauche. . . .	12	*id.*
2e —	— droit.	17	*id.*
—	— gauche. . . .	9	*id.*

6e Baraque, côté droit.	13	malades atteints du choléra.
— — gauche. . . .	8	*id.*
7e — — droit.	15	*id.*
(la plus près de la mer) gauche. . . .	5	*id.*

Ce phénomène est d'autant plus remarquable, qu'il ne peut être attribué au hasard : ce que l'observation suivante démontre avec un cachet tout particulier.

La 9e baraque est placée vis-à-vis la 6e baraque ; de cette manière, l'on concevra facilement que le côté droit de la 6e baraque répond au côté gauche de la 9e baraque, et *vice versâ.* Ainsi les malades de droite étaient du côté de la montagne ; ceux du côté gauche, du côté de la mer ; aussi l'observation présente-t-elle le même phénomène que dans le tableau précédent.

9e Baraque, côté droit.	6	malades.
— — gauche. . . .	11	*id.*

4° Nous avons remarqué que la recrudescence du choléra à Alger s'était manifestée après des pluies succédant à de fortes chaleurs ; et ce fait était si bien connu, que nous étions convaincu d'avoir dans notre service un plus grand nombre de cholériques après les variations hygrométriques de l'air, observation qui fut toujours confirmée.

5° Si nous terminons par le fait le plus intéressant et peut-être le plus concluant, c'est parce que nous ne pouvons en garantir l'authenticité, bien qu'il nous ait été affirmé lors de notre passage à Aix, et que des médecins, jaloux de connaître la vérité, nous ont assuré que l'observation était exacte.

Lors de l'épidémie qui a sévi si cruellement dans la Provence, le choléra se déclara dans une des casernes d'Aix, dans une chambre dont la fenêtre était ouverte : bientôt plusieurs soldats qui étaient dans cette chambre, furent pris avec une violence extrême, et les personnes qui entraient pour porter secours à ces malheureux, étaient victimes de leur dévouement. Il vint à l'esprit d'un des assistants de faire fermer la fenêtre, et aussitôt les accidents cessèrent.

Quant aux causes prédisposantes, ce sont : les indigestions, les irritations ou inflammations chroniques de l'appareil gastro-intestinal, la terreur, le chagrin, la misère, les excès, la faiblesse qui succède au coït, les convalescences, le virus syphilitique, l'humidité, les fortes chaleurs, un temps d'orage, et les variations brusques et considérables dans la température ou dans l'état hygrométrique de l'air.

Voyons si ces propositions sont d'accord avec les faits.

Sur les 327 observations que nous avons recueillies à l'hôpital militaire du Jardin du Dey, où nous avons été constamment chargé d'un service assez considérable, nous avons trouvé que 180 malades ont été affectés du choléra pendant leur séjour à l'hôpital. Le tableau suivant montrera, jusqu'à l'évidence, quelle influence ont pu exercer les maladies dont ils étaient porteurs, sur la production de cette funeste maladie.

DÉRANGEMENTS DU SYSTÈME GASTRIQUE.

46	malades étaient affectés	de gastro-céphalite.
16	—	gastrite.
15	—	diarrhée.
9	—	dyssenterie.
8	—	gastro-entérite.
2	—	bronchite et diarrhée.
2	—	gastro-bronchite.
15	—	fièvres (1).
109		
34	—	maladies externes ou chirurgicales.
34	—	syphilis.
5	—	gale.
180		

L'on a cru, pendant quelque temps, que la syphilis préservait du

(1) Si les fièvres se rapportent presque toujours à une irritation de l'estomac, nous aurons, pour les maladies du tube intestinal, le chiffre énorme de 109 sur 180, c'est-à-dire presque les deux tiers.

choléra ; mais si d'autres observations n'avaient déjà fait justice de cette opinion, les 34 cas que nous signalons suffiraient pour montrer que cette maladie doit, au contraire, être rangée parmi les causes prédisposantes.

La même opinion a régné relativement à la gale, cependant le tableau nous montre trois galeux.

Quant à la terreur, il n'est peut-être pas de médecin qui n'ait eu dans sa pratique à se convaincre de cette vérité, que les personnes qui craignaient l'approche du choléra, qui croyaient à la contagion, contractaient le choléra avec une déplorable facilité : plusieurs auteurs, entre autres MM. Broussais et Foy, en rapportent des exemples, et nous-même nous en avons observé.

Les convalescents, surtout de maladies graves, ceux qui ont pris de grandes doses de sulfate de quinine, à cause de l'opiniâtreté de la fièvre intermittente et de sa nature ; ceux-là, disons-nous, sont disposés à tomber facilement dans le choléra. Nous pouvons prononcer là-dessus, car un fait digne d'intérêt s'est passé sous nos yeux.

Du 8 au 10 octobre 1835, il arriva de Bougie à Alger une évacuation de 500 malades convalescents, dont un grand nombre étaient porteurs d'engorgements des viscères abdominaux, suites de fièvres pernicieuses qui avaient été traitées par des doses énormes de quinine (quelquefois 80 grains en un jour). Ces malades, qui venaient d'un pays où il n'y a pas eu un seul cholérique, arrivant à Alger lorsque l'épidémie était entièrement dissipée et depuis plus d'un mois, furent cependant atteints du choléra huit jours après leur arrivée dans cette dernière ville ; et chose à noter, le choléra resta parmi eux : les autres malades de l'hôpital ne furent pas plus atteints que les personnes de la ville.

Cette observation ne justifie-t-elle pas encore l'opinion que nous avons émise plus haut ? Ne pourrions-nous pas expliquer ce phénomène, en disant que ces convalescents, non habitués à l'atmosphère cholérique qui avait régné sur Alger, et dont il serait resté quelque chose, ont ressenti les effets d'une très-petite quantité de miasmes,

avec d'autant plus de facilité, que leur constitution était plus détériorée par de longues maladies, tandis que les personnes en santé et celles qui étaient malades n'avaient éprouvé aucun effet nuisible ; et cela, sans doute, parce qu'elles avaient été soumises, lors de l'intensité de l'épidémie, à une plus grande quantité de miasmes, et qu'elles y avaient résisté.

Ce qui, selon nous, expliquerait les observations sans nombre de personnes qui avaient fui le foyer de l'épidémie, et qui, lors de leur retour, avaient été frappées de choléra, alors qu'il n'y avait plus un seul cholérique dans le lieu où avait régné l'épidémie.

Nous avons dit que la misère, la mauvaise nourriture étaient des causes essentiellement prédisposantes ; en effet, qui ne sait que partout où le choléra s'est montré, la classe malheureuse a principalement été moissonnée par le fléau épidémique?

Qui ne sait qu'à Alger, la classe des juifs, qui, suivant l'expression de M. Brière de Boismont, peuvent être appelés dans ce pays, comme ils l'ont été en Pologne, *matière première des épidémies;* qui ne sait, disons-nous, que cette classe a fourni à elle seule deux fois autant de malades que toute la population d'Alger, y compris la garnison?

Pour faire voir combien sont exposées les personnes qui se livrent habituellement aux excès, nous allons donner le résultat des recherches que nous avons faites à cet égard : elles reposent sur nos 327 observations.

Bataillon d'Afrique	62
Travaux publics et discipline	51
Infirmiers	36
Légion étrangère	37
Vétérans	23
Artillerie	19
10e léger	17
63e et 13e de ligne, ensemble	31
Chasseurs d'Afrique	13
Spahis	9
Zouaves	4
Train des équipages	3
Ouvriers d'administration	5
Gendarmes	1
	311
Officiers	16
TOTAL	327

Nous ne ferons aucun commentaire ; car la différence est trop tranchée, relativement à la continence et aux règles hygiéniques observées généralement par les hommes de tel ou tel corps, pour que nous nous appesantissions davantage sur ce fait, qui toutefois ne manque pas d'intérêt.

Symptomatologie. Dans les Indes-Orientales et Occidentales, en Russie, en Pologne, dans la Grande-Bretagne, en France et en Afrique, partout les descriptions des symptômes sont identiques.

Les symptômes du choléra se succèdent et s'enchaînent dans un ordre qui en a fait partager la marche en quatre périodes.

Dans la première période, les malades éprouvent un malaise général, accompagné d'une sensation de chaleur douloureuse à l'épigastre ; lassitude des extrémités ; faiblesse plus ou moins grande ; oppression ; la physionomie du malade, qui n'exprimait d'abord que du malaise, prend plus ou moins rapidement l'expression d'une anxiété grande ; l'appétit est diminué ou complétement perdu ; ils ont une soif plus ou moins vive, les yeux cernés, la langue recouverte d'un enduit épais, d'un jaune grisâtre, ou bien humide, blanchâtre et visqueuse ; ils ont plusieurs selles liquides par jour, précédées ou accompagnées de borborygmes ; les matières sont jaunâtres ou noirâtres ; enfin, le pouls est vif, mais serré, concentré.

M. Annesley attache à l'étude de cette période d'autant plus d'importance, qu'il est convaincu que c'est surtout en agissant dans cet instant, que les secours de l'art sont le plus souvent couronnés de succès.

Quant à nous, pénétré de l'utilité de cette remarque, nous ne saurions assez recommander aux médecins des hôpitaux d'observer, pendant le temps du choléra, leurs malades avec une attention plus scrupuleuse que jamais, attention que nous appellerons même minutieuse ; car nous sommes persuadé que c'est à cette remarque que quelques-uns de nos malades doivent leur salut. Les ayant trouvés, à notre visite, dans l'état que nous avons signalé plus haut, nous avons

agi, et bien que le choléra se soit confirmé chez eux, nous avons sinon enrayé la maladie, du moins nous avons préparé une terminaison heureuse, puisque pas un seul de ces malades n'a succombé.

Les phénomènes morbides de la seconde période sont des vomissements répétés, des selles fréquentes, et un sentiment de prostration, d'épuisement et comme de vacuité générale. Des contractions spasmodiques, irrégulières, de violentes crampes torturent les malades.

Les évacuations exclusivement composées, d'abord des matières qui se trouvaient dans l'estomac et les intestins, ensuite de matières bilieuses jaunes ou vertes, prennent bientôt un caractère particulier pathognomonique ; elles se composent d'un fluide aqueux, séreux, blanchâtre, assez analogue à une décoction de riz mêlée de flocons albumineux. Quelquefois les déjections alvines s'échappent involontairement et à l'insu des malades ; elles n'ont en général presque pas de fétidité, mais elles exhalent une odeur particulière qui se retrouve dans toutes leurs sécrétions, et que l'on ne peut plus méconnaître une fois qu'on l'a sentie. Les borborygmes se font sentir et même entendre, la céphalalgie est intense, la face se colore, les paupières deviennent rougeâtres, en même temps que les spasmes prennent une plus grande intensité ; la langue est large, plate, humide, visqueuse et décolorée ; la soif est en général peu vive ; les malades éprouvent un sentiment de constriction douloureuse à la base de la poitrine. Les condamnés qui ont eu le choléra à Alger accusaient des douleurs intolérables dans la poitrine ; ils les comparaient à des points pleurétiques. La sécrétion de l'urine est considérablement diminuée et parfois suspendue ; le pouls est petit, vacillant, irrégulier, nerveux ; il vibre plutôt qu'il ne bat. La chaleur de la peau est diminuée ; les pieds et les mains ont une grande tendance à se refroidir, ou sont déjà froids. A ces signes, il n'est plus possible de méconnaître le choléra ; quelques auteurs l'appellent alors *choléra confirmé*.

La troisième période succède plus ou moins promptement à la précédente : deux heures quelquefois suffisent à la maladie pour les parcourir l'une et l'autre. Voici les symptômes qui viennent se joindre

aux précédents : la surdité, les étourdissements, les bourdonnements des oreilles, le refroidissement de tout le corps ; une grande angoisse à la région précordiale se manifeste, elle se joint à une extrême difficulté de respirer et à un affaiblissement excessif ; l'air expiré par le malade est d'un froid glacial ; la face devient violette, plombée ou livide ; les yeux sont caves, entourés d'un cercle livide, ils s'enfoncent dans les orbites ; des taches d'un rouge foncé ou bleuâtres se forment quelquefois sur la conjonctive oculaire, qui est desséchée par l'absence de toute sécrétion des larmes ; tous les traits grippés donnent au malade un aspect cadavéreux. Le *facies* des cholériques, peu différent du *facies* hippocratique, est caractérisé à ce point, que ce signe suffirait à lui seul pour faire reconnaître la maladie. La peau prend une teinte violette aux pieds et aux mains, çà et là, aux cuisses, aux jambes et quelquefois sur le tronc ; on y remarque des ecchymoses de la même teinte ; elle se recouvre d'une moiteur froide, et se ride à la paume des mains et au bout des doigts, comme après une immersion prolongée dans l'eau ; le nez, les extrémités, la langue et la bouche sont glacés ; le malade éprouve une soif inextinguible et désire les boissons fraîches ; la voix est faible et comme sépulcrale ; les paroles sont plutôt soufflées qu'elles ne sont prononcées, ainsi que l'ont déjà dit les observateurs ; le pouls est concentré, petit à l'excès, il est difficilement saisissable, et souvent les pulsations manquent totalement au poignet ; elles sont même à peine perceptibles au cœur. A cette période, le sang, qui peu avant était huileux, épais, noir et difficile à s'échapper de la veine, n'en peut plus sortir, ou du moins n'en est exprimé, pour ainsi dire, qu'avec peine. La sécrétion de l'urine est entièrement suspendue. Dans le choléra très-grave, les malades s'agitent, bondissent, se pelotonnent sur leur lit ; d'autres fois ils se couchent à plat sur le ventre, poussent des cris lamentables d'une nature particulière, jettent leurs membres à droite et à gauche, et accusent dans la poitrine et dans le trajet de la colonne vertébrale des douleurs extrêmement vives : les condamnés qui ont été atteints les premiers présentaient, presque tous, ces derniers symptômes. C'est à

cette période de la maladie que l'on a donné le nom de *choléra algide*, *choléra asphyxique*, *choléra bleu*.

Le choléra peut encore exister sans vomissements, sans déjections alvines. Celui-là, assez fréquent malheureusement, puisque peu de malades en guérissent, se reconnaît à la profonde altération de la face, aux spasmes du dos, des mollets, des avant-bras, des orteils, aux rides profondes, au rétrécissement de la peau des doigts, à l'absence complète du pouls, à la suppression de l'urine, au froid glacial, à la couleur bleu-noirâtre des membres.

La quatrième période, enfin, est celle de réaction. Elle s'annonce par le retour de la chaleur et du pouls, le rétablissement des sécrétions, la diminution graduelle des crampes, des vomissements et des selles, la disparition des ecchymoses, et une *sueur abondante*, souvent suivie, quand elle est modérée, d'une éruption pétéchiale et miliaire ; le pouls reparaît sans s'accélérer ; la face se colore sans s'injecter ; la peau reprend sa température, mais ne la dépasse pas ; une diaphorèse considérable s'établit. Quand la réaction est trop faible, la peau ne se réchauffe qu'incomplétement, la langue reste froide et visqueuse, la sécrétion urinaire ne se rétablit pas, le pouls reparaît à peine, la sueur est froide et visqueuse, l'œil reste terne, et le malade ne tarde pas à périr. Lorsque la réaction est trop forte, la peau se réchauffe et devient brûlante, le pouls s'accélère et devient plein et dur, la figure et les yeux s'injectent, les facultés intellectuelles se troublent ; il survient du délire, des mouvements convulsifs, des soubresauts dans les tendons, de la stupeur et du coma, et le malade succombe presque toujours promptement.

En décrivant les périodes du choléra, nous ne prétendons pas dire qu'elles affectent toujours la même marche et le même ordre dans les symptômes : ainsi, les phénomènes morbides de la seconde phase de la maladie se manifestent quelquefois dès l'invasion, et sans avoir été précédés de prodromes. Les autres périodes arrivent avec rapidité et souvent avec confusion ; car il ne faut s'attendre à rien de fixe, à rien de régulier, au milieu de cette scène de désordre et de destruction.

Dans un grand nombre de cas, toutes les époques de la maladie se confondent et s'épuisent en un espace de temps très-court. Une heure, deux heures au plus s'écoulent quelquefois entre l'invasion brutale de la maladie et sa fatale terminaison.

La marche et la série suivant lesquelles les symptômes se déroulent, s'enchaînent et se succèdent, sont assez variables; quelquefois même les symptômes les plus saillants, les plus caractéristiques, manquent totalement.

Pronostic. Le choléra-morbus, abandonné aux seules ressources de la nature, est presque toujours mortel; au contraire, en face des secours de l'art, s'ils sont prodigués à temps et à propos, cette cruelle maladie est assez souvent heureusement vaincue. Hoffmann et Frank en avaient déjà fait la remarque, dont l'observation suivante démontrerait la vérité si elle n'était déjà reconnue.

Parmi les sujets de nos observations se trouvent trente-six infirmiers qui recevaient, à l'instant même de l'invasion, les soins les plus prompts, et sur ce nombre il n'en est mort que douze, c'est-à-dire le tiers; tandis que les autres cholériques ont succombé dans la proportion de la moitié.

Quoi qu'il en soit, le pronostic en est toujours funeste dans la période algide; il est grave encore dans la seconde et la quatrième période. La mort des cholériques a le plus souvent lieu dans les vingt-quatre heures et dans les premiers jours: c'est ce que confirmera le tableau ci-après.

Sur les 327 observations que nous avons recueillies, nous avons trouvé que 154 malades avaient succombé dans la proportion suivante: 72 dans les vingt-quatre heures, 18 dans les quarante-huit heures, 10 dans les trois jours, 7 le troisième jour, 13 le cinquième jour, 6 le sixième jour, 4 le septième jour, 4 le huitième jour, 5 le neuvième jour, 3 le dixième jour, 3 le onzième jour, 1 le douzième jour, 4 le treizième jour, 4 les quatorzième, quinzième, seizième et vingtième jours.

Nous avons cherché à savoir si l'époque où une personne était atteinte du choléra, pouvait avoir une influence marquée sur le pronostic ; voici le résultat de nos recherches.

Le 7 août, sur	1	cas de choléra	1	mort.
8	—	2	—	2
10	—	20	—	8
11	—	9	—	6
12	—	15	—	11
13	—	16	—	9
14	—	25	—	15
15	—	53	—	27
16	—	46	—	24
17	—	27	—	13
18	—	25	—	10
19	—	18	—	5
20	—	15	—	7
21	—	17	—	6
22	—	8	—	4
23	—	7	—	2
24	—	11	—	3
25	—	3	—	2
26	—	2	—	1
27	—	3	—	»
28	—	3	—	»
29	—	1	—	»
		327 cholériques.		154 morts.

Ainsi, en nous résumant, nous trouvons que des trois hommes frappés par l'épidémie les 7 et 8 août, pas un seul n'a survécu ; que le 12, c'est-à-dire cinq jours après l'invasion, sur quinze personnes atteintes, onze sont mortes ; que du 12 au 17, la proportion de la mortalité a été un peu plus de la moitié ; que du 18 au 26, les hommes atteints du choléra ont succombé dans une progression toujours décroissante ; et qu'enfin, sur les sept cholériques frappés les 27, 28 et 29, pas un seul n'a succombé : d'où nous conclurons que le médecin peut porter, toutes choses égales d'ailleurs, un pronostic d'autant plus

favorable, que son malade aura été attaqué à une époque plus éloignée de l'invasion de l'épidémie.

Deux grandes considérations ressortent comme pronostic général.

D'une part, le médecin ne doit pas se laisser rebuter par les signes les plus désespérants. Par contre, il ne doit pas se montrer trop confiant dans les signes satisfaisants ; cette sécurité serait funeste.

Les vomissements, l'absence du pouls, le froid glacial des extrémités, de la langue et de l'haleine, les sueurs froides et visqueuses, les ecchymoses de la conjonctive oculaire sont les signes les plus défavorables. Il est rare que les malades qui sont agités de mouvements convulsifs, qui jettent des cris caractéristiques, ne succombent pas dans un espace de temps très-court.

Les données sur lesquelles le praticien peut être légitimement conduit à présager une issue favorable de la maladie, sont : la manifestation de la fièvre et la plénitude du pouls ; le retour de la chaleur aux extrémités ; la diminution de l'avidité pour les boissons froides ; la disparition graduelle de l'anxiété épigastrique ; la cessation des spasmes, des vomissements et de la diarrhée ; le libre écoulement de la bile et des urines ; le retour vers l'état normal de l'aspect et des fonctions de la peau ; la respiration devenue facile et régulière ; la couleur vermeille des lèvres, de la langue et de la bouche ; l'amélioration de la physionomie ; l'animation des yeux.

Il est bien entendu que la complexion physique, la situation morale des malades, les conditions hygiéniques doivent être prises en considération dans le pronostic.

Le choléra se termine par la mort, par la guérison ou par des maladies consécutives, telles que le typhus, les affections cérébrales, la gastro-entérite, la pleurésie, la pneumonie, la phthisie, le marasme, les parotides et l'œdème des jambes et des pieds.

Caractères nécroscopiques. Soit que l'on médite les histoires particulières, soit qu'on lise les descriptions générales, toujours, partout et chez tous les écrivains, la symptomatologie est concordante, uni-

forme; aussi l'on devait s'attendre à trouver, à l'autopsie, des altérations anatomo-pathologiques en rapport avec le trouble observé dans les fonctions organiques pendant la vie. Malheureusement il n'en a pas été ainsi, et jusqu'alors les observations nécroscopiques ne nous ont rien appris de parfaitement exact sur la nature et sur le siége du choléra.

En effet, les altérations sont souvent peu appréciables, quelquefois presque nulles; elles sont plus sensibles, mais très-variables, quand la maladie a duré plus long-temps.

Parmi les lésions les plus constantes, invariables même, celles à l'aide desquelles on pourra toujours reconnaître le cadavre d'un cholérique, on doit signaler la lividité ou la couleur bleu-noirâtre de l'extérieur du corps, l'excavation des yeux, la peau des doigts molle et ridée, la vacuité de la vessie, la matière grisâtre ou jaunâtre, pultacée et comme crêmeuse, que l'on trouve dans l'estomac et les intestins; la couleur noire, l'aspect visqueux, la consistance épaisse du sang artériel et du sang veineux.

Nous allons donner le résultat sommaire des altérations les plus générales et les plus fréquentes.

Habitude extérieure du cadavre. Cadavres généralement roides, livides, bleuâtres et noirâtres. La tête, les épaules, le scrotum, les mains sont le siége le plus fréquent de cette coloration. Les yeux, diminués de volume, sont enfoncés dans les orbites; la sclérotique porte quelquefois des ecchymoses rouges ou noires.

Crâne. Les méninges sont très-injectées, gorgées d'un sang noir et épais; le cerveau contient un peu de sérosité dans ses ventricules, sa consistance est souvent normale, quelquefois plus ferme, parfois ramollie, pulpeuse. L'arachnoïde est souvent épaissie, ses vaisseaux sont injectés : nous y avons trouvé deux fois de l'air, phénomène qu'un de nos amis, le docteur Perrier, avait déjà observé dans les nécroscopies qu'il a faites sous les yeux de M. le baron Larrey, qu'il a accompagné lors de l'épidémie qui a régné sur la Provence. M. Husson fils avait déjà noté ce fait, relativement à la moelle.

La moelle est presque constamment dans l'état normal ; ses enveloppes sont plus ou moins gorgées de sang ; elle a été peu étudiée.

Poitrine. Les poumons, généralement sains, contiennent peu d'air ; ils ont perdu peu de leur volume, sont fermes et peu crépitants ; la membrane muqueuse bronchique, quelquefois ramollie, pulpeuse, est couverte de matière visqueuse jaunâtre ou grisâtre ; les vaisseaux sanguins, artériels et veineux sont gorgés d'un sang noir et visqueux, ressemblant à de la gelée de groseille ; le péricarde contient peu de sérosité dans son intérieur ; le cœur souvent à l'état normal, quelquefois augmenté de volume, est flasque à droite, dur à gauche. On observe quelquefois des taches rouges, violettes, ecchymosées ; les cavités droites sont ordinairement remplies de sang noir ou coagulé sous forme d'une gelée noire, les cavités gauches sont le plus souvent vides de sang ; les veines sont distendues par du sang noir et liquide.

L'aorte, les veines-caves supérieures, les veines sous-clavières, la veine azygos, sont gorgées d'un sang noir, tantôt fluide et le plus souvent coagulé.

L'estomac est tantôt distendu, tantôt contracté, suivant que la mort a été prompte ou qu'elle est arrivée après la cessation des évacuations ; la membrane muqueuse plus ou moins épaisse, quelquefois ramollie, quelquefois d'une blancheur remarquable, plus souvent offrant des ramifications vasculaires nombreuses, très-marquées, et quelquefois des taches cramoisies, des plaques d'un rouge tirant sur le brun ; ses follicules sont assez souvent développés ; sa cavité, rarement vide, renferme pour l'ordinaire une matière visqueuse, blanchâtre, grise ou jaunâtre.

Les intestins sont plus ou moins contractés ou dilatés ; leur couleur est le plus souvent rose à l'extérieur, d'autres fois ils sont pâles et le plus ordinairement visqueux ; leur intérieur renferme constamment un fluide catarrhal grisâtre ou jaunâtre, comme floconneux ; ce mucus augmente de quantité à mesure que l'on s'approche des gros intestins. La membrane muqueuse est tantôt pâle, tantôt injectée, arborisée ; les follicules plus ou moins développés, disséminés et rosés ; les

glandes de Brunner et de Peyer, le plus souvent saines, sont quelquefois rosées, légèrement injectées ; les vaisseaux mésentériques sont souvent gorgés de sang.

Le foie est ordinairement gorgé de sang noir et épais ; la vésicule, presque toujours remplie d'une bile abondante, verte, brune, noirâtre, épaisse, visqueuse, comparable, jusqu'à un certain point, à du goudron fondu, est très-rarement vide.

La rate n'offre rien d'assez remarquable ni d'assez constant pour en parler.

Les reins sont gorgés de sang noir.

La vessie contractée, profondément cachée derrière le pubis, intérieurement injectée, rouge, couverte d'un enduit de matière blanche, opaque, visqueuse, est sans vestige d'urine, et ne contient qu'une petite quantité de liquide glaireux.

Nature de la maladie. Le choléra a été pris tantôt pour une névrose, tantôt pour une phlegmasie, tantôt pour une asthénie, tantôt pour une asphyxie, tantôt pour un empoisonnement miasmatique. En présence de tant d'autorités qui ont traité ce sujet, et parmi tant d'opinions diverses et souvent opposées, nous avouons que c'est avec quelque crainte que nous abordons un sujet aussi délicat ; aussi ne ferons-nous qu'indiquer l'opinion qui nous paraît réunir le plus de chances en sa faveur.

Puisque le choléra épidémique n'a point de caractère anatomique bien arrêté, déterminé, fixe ; que ces lésions n'ont souvent aucun rapport de causalité, ni avec la maladie, ni avec la mort ; quelques auteurs ont pensé que la symptomatologie pourrait leur être plus utile dans la recherche du siége et de la nature de la maladie.

En l'interrogeant, ils ont pensé que le choléra est une maladie spéciale, compliquée, complexe, formée par une altération profonde de l'innervation générale, unie à un mode particulier d'affection catarrhale de la muqueuse gastro-intestinale.

L'un et l'autre de ces deux états pathologiques peuvent dominer,

suivant les complexions individuelles, les époques différentes de la maladie, au point de réclamer une modification dans le traitement.

Dans la première période, ce sont souvent les symptômes de l'affection nerveuse qui l'emportent; dans la seconde, l'affection catarrhale gastro-intestinale est surtout en relief. Presque toujours cependant les deux périodes s'unissent, et avec elles se confondent aussi les caractères phénoménaux des deux états pathologiques.

Avant de quitter ce sujet, nous ne pouvons oublier la théorie de M. Roche, qui attribue le choléra à un empoisonnement miasmatique. Il faut avouer que si ce praticien ne donne des preuves, sa théorie n'en est pas moins remarquable par son style net et concis, et par les déductions qui en découlent.

Traitement. Il n'est peut-être point de maladie où il ait existé une plus grande confusion dans la thérapeutique; et chose surprenante autant que douloureuse! il n'est point encore de méthode qui ne compte beaucoup de revers, comme il n'est pas un moyen qui ne compte des succès.

Ainsi, les saignées générales et locales et les stimulants les plus énergiques, l'usage de la glace et celui des tisanes bouillantes, les boissons délayantes comme les plus excitantes, l'emploi des purgatifs et des vomitifs et les moyens propres à arrêter les vomissements, le café et les narcotiques, les anti-spasmodiques et les sédatifs, les bains froids et les bains de vapeur, tout cela a été conseillé, préconisé et justifié par des succès.

Voici les deux traitements qui ont été suivis par deux médecins distingués dans les 327 observations dont nous avons parlé plus haut: le premier a été employé sur 250 malades, le second sur 77.

Saignées générales: sur 74 cholériques qui y ont été soumis, 34 sont morts; sangsues à l'épigastre et à l'hypogastre, 20 à 25 dans chaque région: le plus grand nombre des malades ont reçu cette application; sangsues aux apophyses mastoïdes et aux jugulaires; ventouses sèches ou scarifiées sur le ventre ou sur le thorax; infusion chaude de thé,

de mélisse, glace à l'intérieur, eau gommeuse, limonade citrique, potions aromatiques, éthérées; avec laurier cerise 40 à 50 gouttes; acidulées et opiacées; potion aérophore; pilules de charbon 100, dix d'heure en heure pendant les premiers jours de l'invasion, abandonnées; pilules avec oxide de bismuth un grain, et extrait de belladone 1/4 de grain n° 9, d'heure en heure, ordonnées deux ou trois fois seulement; frictions avec liniment ammoniacal térébenthiné, teinture de scille et digitale; pommade stibiée deux gros; cataplasmes chauds sinapisés aux pieds, aux mollets, aux cuisses et aux avant-bras; briques chaudes; demi-lavement amilacé, opiacé.

Ce traitement compte 117 morts.

Saignées générales : sur 22 malades saignés, six seulement ont succombé; mais hâtons-nous de dire qu'en somme totale, la même proportion a existé dans la mortalité, puisque sur 77 observations 37 ont péri. Sangsues en grand nombre et souvent répétées, à l'épigastre, aux jugulaires, à l'ombilic; infusion chaude de thé, de tilleul; potions anti-spasmodiques; frictions avec alcool camphré et teinture de cantharides; cataplasmes sinapisés aux pieds, aux mollets, aux cuisses et aux avant-bras; demi-lavement de riz opiacé.

Voici le traitement que nous avons suivi avec quelque succès. Nous ne saurions dire assez tôt, qu'étant chargé d'un service chirurgical, le nombre de nos cholériques a été minime et qu'ils ne se sont pas trouvés dans la période cyanique.

Sangsues à l'épigastre, à l'anus; infusion de thé chaud, puis riz gommé, potion de Rivière, potion anti-spasmodique opiacée; frictions avec liniment ammoniacal camphré et térébenthiné; sinapismes aux pieds, aux mollets, aux cuisses, aux avant-bras; trois demi-lavements d'eau de riz opiacée dans la journée; observation constante du malade; faire la médecine des symptômes, surtout employer tous les moyens pour l'empêcher de se refroidir.

Nous voyons que nous n'avons pas été à même d'employer la saignée générale, qui, selon nous, ne doit être pratiquée que dans la première période et quelquefois dans la seconde; mais, pour cela, nous pensons

qu'il faut avoir affaire à un sujet jeune , fort et sanguin , qu'il y ait de la céphalalgie et que le pouls soit vif et dur. Nous nous sommes toujours parfaitement trouvé de l'application de sangsues à l'épigastre et à l'anus.

On a rapporté plusieurs observations qui méritent d'autant plus d'être signalées, que les malades ont passé d'une mort que l'on croyait inévitable , à la guérison. Voici la plus saillante :

La femme du concierge du Fort - Neuf était cyanosée et au plus haut degré de la troisième période , lorsqu'une des bouteilles qu'on avait placées pour la réchauffer vint à se rompre. L'eau bouillante qu'elle contenait se répandit sur toute la surface de ses extrémités , et elle fut brûlée au deuxième degré ; un instant après, elle ressentit les douleurs produites par sa brûlure , et elle entra en convalescence. La maladie n'existait plus , en quelque sorte , que dans les plaies occasionées par la brûlure.

Plusieurs médecins disent avoir obtenu des succès dans des cas désespérés, en entourant les membres inférieurs de sinapismes, jusqu'à la formation de phlyctènes. Cela ne nous étonnerait pas du tout.

Ainsi, après avoir observé la maladie , noté les succès et les revers des médications , et médité les auteurs , nous pensons qu'il est difficile de donner une méthode de traitement uniforme , identique , pour tous les individus atteints de la maladie ; aussi l'insuffisance de ces tentatives a-t-elle été généralement reconnue.

Le docteur Christie pense qu'on ne peut espérer de trouver un spécifique applicable à tous les cas de choléra , et qu'il faut chercher à bien préciser les indications de cette maladie ; et, pour les remplir , il faut employer divers médicaments suivant les circonstances. Il faut, dit-il, tout attendre du tact et du jugement du médecin.

Le docteur Meusnier, agent consulaire de France à Tangaroc , dans sa lettre à l'Académie , s'exprime ainsi : une médication absolue ne peut être indiquée , puisque les saignées, les drastiques , les acides , les narcotiques, les bains chauds , la glace ont eu tour à tour des succès et des revers. C'est surtout dans l'idiosyncrasie que résident les indi-

cations générales ; c'est là qu'il faut puiser le choix des moyens qu'il convient d'employer.

Nous allons exprimer synthétiquement les indications capitales générales, en faisant remarquer, toutefois, que le choléra présente aussi dans les complexions individuelles, dans les variations des symptômes, dans les susceptibilités organiques, d'autres indications d'une haute importance.

Ranimer l'action générale de l'innervation et en rendre la distribution plus régulière ; exciter, réchauffer les surfaces refroidies de la peau ; appeler les mouvements et la vie du centre à la périphérie ; attaquer en même temps l'état catarrhal ; combattre, enfin, les symptômes en raison de leur prédominance relative.

Pour remplir l'indication relative à l'innervation, viennent en premier lieu les anti-spasmodiques.

La saignée, chez les individus pléthoriques jeunes et d'une complexion forte, administrée dans le principe, produit immédiatement le retour des forces ; elle ranime la circulation à la périphérie ; mais chez les sujets faibles de complexion ou débilités, et à une époque avancée de la maladie, la saignée deviendrait nuisible.

Pour s'opposer avec succès à l'élément catarrhal, il faut placer en premier lieu le calomel donné en poudre et associé à la gomme arabique, comme le conseille le docteur Christie.

Pour rappeler la vie à la périphérie, on a employé très-souvent les frictions et les liniments de toute sorte. Les ventouses sont très-utiles. Le docteur Milvood vante la poudre de James ; dans les mêmes vues, l'on a donné avec succès la poudre de Dower.

L'opium calme les vomissements et la diarrhée, et diminue l'irritabilité du système.

Pour combattre les crampes, on emploie avec avantage les frictions avec l'huile de térébenthine sur les extrémités.

Des applications de sangsues, des cataplasmes combattent avec succès les anxiétés et les douleurs épigastriques.

La potion de Rivière arrête les vomissements ; les lavements de riz laudanisés font cesser les selles.

Il est fort essentiel d'attaquer chacun des éléments constitutifs de cette maladie dans l'ordre de leur prédominance respective, et de s'arrêter à l'indication catarrhale, quand c'est elle qui est en relief ; et, au contraire, de s'attacher aux indications nerveuses, lorsque celles-ci sont dominantes.

FIN.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er *Examen.* Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle des médicaments, Pharmacie.

2e *Examen.* Anatomie, Physiologie.

3e *Examen.* Pathologie externe et interne.

4e *Examen.* Matière médicale, Médecine légale, Hygiène, Thérapeutique.

5e *Examen.* Clinique interne et externe, Accouchements, épreuve écrite en latin, épreuve au lit du malade.

6e *et dernier Examen.* Présenter et soutenir une Thèse.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. DUBRUEIL, Doyen, *Examinat.*	*Anatomie.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, *Examinateur.*	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
CAIZERGUES.	*Clinique médicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUGÈS.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS, Président.	*Accouchemens, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE, *Suppléant.*	*Clinique chirurgicale.*
BERARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Examinateur.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Suppléant.*

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Examinateur.*
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.